

**Treball final de
grau**

UMANRESA
UNIVERSITAT DE VIC
UNIVERSITAT CENTRAL
DE CATALUNYA



UOC Universitat Oberta
de Catalunya

**EL CONEIXEMENT I ÚS DEL CONSENTIMENT INFORMAT
PER PART DELS LOGOPEDES DE LES ILLES BALEARS**

Modalitat: Treball de recerca

María José Vidal Torres

Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya/Universitat Oberta de Catalunya

Núria Oriol Peregrina

Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya/Universitat Oberta de Catalunya

Resum

En logopèdia existeix poca literatura sobre l'obtenció del consentiment informat (CI). Els i les logopedes intervenen en totes les etades de la vida i, cada vegada més, apliquen tècniques i tractaments que podrien ser susceptibles de culminar en un consentiment informat escrit signat pel pacient després de l'obtenció del consentiment de forma oral.

En aquest treball es va estudiar la procedència acadèmica d'una mostra de logopedes de les Illes Balears per veure la relació entre la seva trajectòria acadèmica, sobretot pel que fa als coneixements d'ètica, bioètica, legislació i/o deontologia, amb altres variables, com eren el coneixement del concepte de CI i el seu ús, així com la presa de decisions entre logopeda i pacient, les tècniques que aplicaven i la població a la qual atenien, entre altres variables.

Per obtenir els resultats quant a la relació entre diferents variables esmentades es varen utilitzar proves no paramètriques (Kruskal-Wallis) i no es va poder demostrar una relació significativa en ninguna de les relacions que es varen voler establir, per la qual cosa es varen haver d'acceptar totes les hipòtesis nul·les i rebutjar totes les hipòtesis alternatives. Això va posar de manifest que la distribució per grups de cada una de les variables estudiades era similar envers l'altra variable amb la qual es volia establir relació i que no hi havia diferències significatives entre grups. Així, la procedència acadèmica no va mostrar una relació en cap sentit amb el coneixement i ús del CI, ni aquestes últimes variables amb el fet d'haver cursat alguna assignatura d'ètica, bioètica, legislació i/o deontologia, ni amb la presa de decisions entre logopeda i pacient, com tampoc segons la tècnica que utilitzaven les persones enquestades o la població a la qual tractaven, entre altres relacions. Malgrat tot, de manera indirecta es va poder deduir que hi havia una bona part dels i de les logopedes de la mostra que desconeixien la naturalesa del CI i la seva obtenció.

L'estudi podria presentar limitacions metodològiques, materials i temporals que podrien haver esbiaixat els resultats. Se suggereixen millores en els instruments de mesura i s'obren altres línies d'investigació, com la de l'ús del CI per representació en logopèdia.

Paraules clau: consentiment informat, logopèdia, fonoaudiologia, ètica, bioètica

Resumen

En logopedia existe poca literatura sobre la obtención del consentimiento informado (CI). Los y las logopedas intervienen en todas las etapas de la vida y, cada vez más, aplican técnicas y tratamientos que podrían ser susceptibles de culminar en un consentimiento informado escrito firmado por el paciente después de la obtención del consentimiento de forma oral.

En este trabajo se estudió la procedencia académica de una muestra de logopedas de las Islas Baleares para ver la relación entre su trayectoria académica, sobre todo por lo que respecta a los conocimientos de ética, bioética, legislación y/o deontología, con otras variables, como eran el

conocimiento del concepto de CI y su uso, así como la toma de decisiones entre logopeda y paciente, las técnicas que aplicaban y la población a la que atendían, entre otras variables.

Para obtener los resultados en cuanto a la relación entre diferentes variables mencionadas se utilizaron pruebas no paramétricas (Kruskal-Wallis) y no se pudo demostrar una relación significativa en ninguna de las relaciones que se quisieron establecer, por lo que se tuvieron que aceptar todas las hipótesis nulas y rechazar las alternativas. Esto puso de manifiesto que la distribución por grupos de cada una de las variables estudiadas era similar respecto a la otra variable con la que se quería establecer relación y que no había diferencias significativas entre grupos. Así, la procedencia académica no mostró una relación en ningún sentido con el conocimiento y uso del CI, ni estas últimas variables con el hecho de haber cursado alguna asignatura de ética, bioética, legislación y/o deontología, ni con la toma de decisiones entre logopeda y paciente, como tampoco según la técnica que utilizaban las personas encuestadas o la población a la que trataban, entre otras relaciones. A pesar de todo, de manera indirecta, se pudo deducir que una buena parte de los y las logopedas de la muestra desconocían la naturaleza del CI y su obtención.

El estudio podría presentar limitaciones metodológicas, materiales y temporales que podrían haber sesgado los resultados. Se sugieren mejoras en los instrumentos de medición y se abren líneas de investigación, como la del uso del CI por representación en logopedia.

Palabras clave: *Consentimiento informado, logopedia, fonoaudiología, ética, bioética*

Abstract

In speech therapy, there is little literature on obtaining informed consent (IC). Speech therapists intervene in all stages of life and, increasingly, apply techniques and treatments that could lead to a written informed consent signed by the patient after obtaining consent orally.

In this paper, the academic origin of a sample of speech therapists from the Balearic Islands was studied to see the relationship between their academic trajectory, especially regarding their knowledge of ethics, bioethics, legislation and/or deontology, with other variables, such as their knowledge of the concept of IC and its use, as well as decision-making between the speech therapist and the patients, the techniques they applied and the population they treated, among other variables.

To obtain the results regarding the relationship between different variables, non-parametric tests (Kruskal-Wallis) were used, and a significant relationship could not be demonstrated in any of the relationships that we wanted to establish, so all the null hypotheses had to be accepted and the alternatives were rejected. This showed that the distribution by groups of each of the variables studied was similar regarding the other variable, which we wanted to establish a relationship with, and that there were no significant differences between groups. Thus, the academic origin did not

show a relationship in any sense with the knowledge and use of IC, nor did the latter variables with having taken any subjects relating to ethics, bioethics, legislation and/or deontology, or with decision-making between the speech therapists and the patients, nor according to the technique used by the people surveyed or the population they treated, among other relationships. In spite of it all, it was able to be deduced indirectly that a great portion of the speech therapists in the sample were unaware of the nature of the IC and the way it is obtained.

The study could have methodological, material, and temporal limitations that could have biased the results. Improvements in the measurement instruments are suggested and other research lines are opened, such as the use of IC by representation in speech therapy.

Key Words: *Informed consent, Speech and Language Therapy, Speech and Language Pathology, Ethics, Bioethics.*

Introducció

El consentiment informat (CI) és l'acceptació que fa un malalt competent d'un diagnòstic o procés terapèutic un cop té la informació adequada per implicar-se lliurement en la decisió clínica. Per això es requereix llibertat, competència i informació suficient. Perquè consti que un malalt ha donat el seu consentiment, hi ha ocasions en què cal signar un document. És necessari, per tant, que abans d'aquesta signatura el malalt hagi rebut la informació adequada, necessària i suficient per poder decidir, per la qual cosa la signatura d'aquest document hauria de suposar que el pacient ha rebut, comprès, acceptat i deliberat tota la informació que hi conté prèviament de forma oral. A més a més, la persona usuària que ha de rebre el diagnòstic i/o el tractament no ha de tenir coaccions per tal de signar lliurement (Comitè de Bioètica de Catalunya, 2003). Així, la comunicació clínica, hauria d'incloure facilitar al malalt la comprensió del procediment proposat -en què consisteix, alternatives, oportunitat, beneficis, seqüeles i riscos- i tenir en compte les necessitats d'aquell, essent elements primordials i indeslligables de l'aspecte legal. En efecte, segons el Comitè de Bioètica de Catalunya, si bé el CI té un nivell legal, no és menys cert que la seva posada en pràctica també inclou el nivell ètic. Simón Lorda i Concheiro (1993), afirmen que les exigències legals són mínims ètics, però que èticament s'hauria de tendir a més.

En la pràctica mèdica, el consentiment informat es ve usant des de fa una trentena anys de forma sistemàtica, sobretot com a formulisme legal, tot i que en altres professions sanitàries no mèdiques no està tan arrelat el seu ús (Higuera, 2009). Aquest consentiment, malgrat tenir un caràcter legal, ha de basar-se en la comunicació, el diàleg, la comprensió i la presa de decisions compartides com a essència de l'acte assistencial (Comitè de Bioètica de Catalunya, 2003). Broggi (1999) defensa que cal fugir de formulismes en aquest aspecte i advoca per l'adequació flexible del CI, fins i tot de

l'escrit, de manera que es pugui adaptar a les particularitats i necessitats de la persona a qui li estem proposant.

Actualment, el CI s'emmarca dins d'un dret bàsic que es recull a lleis d'àmbit internacional, com és l'*Instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina)*, fet a Oviedo el 4 de abril de 1997; i d'àmbit nacional, com és la *Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*, de 2002, on en el seu capítol II es refereix al dret a la informació i en el capítol IV, al respecte a l'autonomia del pacient, on hi dedica els articles 8, 9, 10 i 11 al CI exclusivament. Abans d'aquesta llei, el CI també estava recollit a l'article 10 de la *Ley General de Sanidad* en diversos apartats d'aquest article (5, 6 i 9), així com en lleis autonòmiques, de les quals en destaca la Llei 21/2000 del Parlament de Catalunya sobre els drets a la informació concernents a la salut i a l'autonomia del pacient, i a la documentació clínica (Comitè de Bioètica de Catalunya, 2003).

Caldria tenir en compte que el CI no sempre pot ser efectuat per la persona que ha de rebre el diagnòstic o el procés terapèutic. Eventualment, en aquesta situació podrien trobar-se les persones amb algun tipus de discapacitat intel·lectual, cognitiva, sensorial, neuropsiquiàtrica i/o motriu, congènita o adquirida, les persones incapacitades segons sentència judicial per alguna de les anteriors circumstàncies o per unes altres, els menors -sobretot abans dels 12 anys-, entre altres situacions. En els casos esmentats es tractaria d'un CI per representació, el qual seria atorgat i/o signat per la persona tutora, la persona curadora o la institució guardadora de fet, segons els casos. Per exemple, un cas d'una persona amb deteriorament cognitiu irreversible com la malaltia d'Alzheimer avançada, que impedeix que la persona pugui governar-se per sí mateixa, seria causa d'incapacitat (Matías-Guiu i Gelonch, 2021). D'altra banda, els termes expressats anteriorment, entre altres, es recullen en l'article 9 de la Llei d'Autonomia del pacient, de 15 de novembre de 2002, referit als límits del consentiment informat i el consentiment per representació.

De forma diferent a la disciplina mèdica, la logopèdia no acostuma aplicar procediments invasius o quirúrgics, amb la qual cosa no sol implicar resultats que afectin greument estructures corporals i és per això que se sol ometre el procés del consentiment escrit (Higuera, 2009). Però, en el progrés de la pràctica logopèdica cada vegada hi ha més tècniques d'avaluació (com poden ser ara aquelles per avaluar la disfàgia) o de tractament (embenatge muscular, electroestimulació, estimulació transcranial no invasiva, entre altres) que, si bé no comporten un risc molt alt, podrien ser susceptibles d'haver-se d'aplicar amb un CI que derivés en un CI escrit previ a l'aplicació d'aquestes. Aquest mateix consentiment s'hauria de demanar pel que fa a la captació d'imatges, l'ús de la telepràctica i/o a la participació en estudis, perquè aquests fets no només estan subjectes

a la Llei d'Autonomia del Pacient, sinó també al dret a la pròpia imatge i a la intimitat que es recull a la *Ley Orgánica* de 2018 de *Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales*. D'altra banda, tot i que la logopèdia intervé en totes les edats i etapes de la vida, una part important de les persones que exerceixen com a logopedes atenen a pacients infantils i juvenils. Això comporta situacions en les quals cal tenir en compte l'esmentat article 9 de la Llei d'Autonomia del pacient. Aleshores, en l'atenció als menors, caldria que en algunes circumstàncies els progenitors o persones tutores haguessin de signar un CI per representació. Aquest fet és necessari perquè el menor pugui rebre l'avaluació i/o el tractament. També es donen algunes situacions en la pràctica clínica que ho fan necessari (transmissió d'informació a altres professionals sanitaris i no sanitaris, captació d'imatges, ús de la telepràctica...), encara que les tècniques emprades amb aquells en l'avaluació i/o teràpia no comportin cap risc físic important o risc vital. Així, el CI per representació en cas de menors d'edat, i sobretot, de menors madurs pot generar controvèrsia, atès que s'ha de tenir en compte l'edat de l'infant i el seu nivell de maduresa emocional. A partir dels dotze anys els infants haurien de ser escoltats, tot i que el consentiment el dona l'adult en representació. En menors emancipats i adolescents de més de setze anys, el menor hauria de donar personalment el seu consentiment (Comitè de Bioètica de Catalunya, 2003; Corcoy i Gallego, 2010; Esquerda, Pifarré i Fernández, 2013). En el cas dels menors, Wodgen, Norman i Dibben (2019), en la seva investigació sobre la presa de decisions dels adolescents amb fissura labial i/o palatina quant a poder decidir en els seus tractaments, posen l'accent en la importància de promoure decisions compartides, la qual cosa fomenta l'adherència al tractament i promou l'autonomia i l'autoestima en aquest tipus de pacients. De la mateixa manera, segons recull Oriol (2018) de Siegler (2011), en el cas dels adults i dins l'àmbit mèdic, la presa de decisions compartides té repercussions positives en general, atès que la persona usuària té més lleialtat envers la persona sanitària, hi ha més col·laboració per posar en pràctica allò que s'ha decidit de forma compartida i s'obtenen millors resultats en el seguiment dels casos de cronicitat.

Un aspecte esmentat abans que pot generar límits en l'obtenció del CI és l'atenció a les persones amb algun tipus de discapacitat, sobretot comunicativa, cognitiva i/o intel·lectual ja sigui d'origen primari o adquirit, atès que és un altre col·lectiu en el qual els i les professionals de la logopèdia hi solen intervenir com a professionals de rehabilitació quan hi estan afectades funcions com la parla, el llenguatge, l'audició i altres funcions orals no verbals.

Malgrat tot, el CI hauria de ser un compromís ètic i no només un document legal per a protegir al professional sanitari (Higuera, 2009), que s'hauria d'emmarcar dins el concepte superior de bioètica seguint els principis de beneficència i no maleficència, quant a les indicacions sanitàries, així com el respecte a l'autonomia del pacient, quant a les preferències del pacient (Oriol, 2018). En definitiva, en el CI l'ètica i la deontologia haurien d'anar de la mà i ser la culminació d'una bona

comunicació sanitari-pacient, en el qual s'haurien de veure complerts els principis fonamentals prescrits per la bioètica: beneficència, no maleficència, autonomia i justícia (Higuera, 2009).

L'interès en aquest estudi se centra en conèixer quin ús fan del consentiment informat els logopedes de les Illes Balears en funció de la seva procedència acadèmica i d'altres aspectes. Per cercar informació sobre el consentiment informat i la logopèdia, es varen consultar diferents bases de dades (*Pubmed*, *ScienceDirect*, Tesis Doctorals en Xarxa, Institut Català de la Salut i Fundació Víctor Grífols i Lucas) introduint com a paraules claus *logopèdia*, *fonoaudiologia*, *ètica*, *bioètica* i *consentiment informat*, tant en català, com en castellà i anglès. Es varen triar com a criteris d'inclusió aquelles publicacions (article, tesi, capítol de llibre o publicació científica), sense límit respecte a l'any de publicació, que continguessin al menys dues de les paraules claus en qualsevol combinació en el títol i/o resum i/o en el cos del text, essent al menys una d'aquestes paraules ètica (ètica o *ethics*) o bioètica (bioètica o *bioethics*) i que en el resum o en el cos del text es fes referència al consentiment informat i a alguna àrea de treball de la logopèdia. Així, es va veure que en el nostre entorn no hi havia a penes literatura que recollís la relació dels logopedes amb l'ús del consentiment informat. Malgrat tot, una tesi doctoral en català i un article en castellà contempnen aquesta relació en uns altres termes: la primera (Oriol, 2018) en referència a les adaptacions per al tractament de la disfàgia, a través del *Document informatiu de compromís i apoderament (DIC-A)*, que s'escauria més al tipus de relació prolongada en el temps que s'estableix entre els usuaris i els o les logopedes i a la necessitat dels pacients, derivada del seu trastorn, i que pugui assegurar una adherència al tractament en el seu propi benefici. La tesi es fonamenta en tot el procés de presa de decisions compartides entre logopeda i pacient quant al tractament de la disfàgia, i que, en aquest cas, culminaria en el DIC-A. La segona (Higuera, 2009), proposa un tipus de consentiment informat escrit al qual anomena *Compromís informat* que hauria d'incloure totes les fases del tractament: lliurament de l'informe d'avaluació, presentació del pla d'intervenció, reavaluació, derivació i alta, entre altre aspectes. Aquest consentiment hauria d'haver estat fruit del diàleg previ a la materialització del compromís informat. Seguint la perspectiva d'ambdós autors, l'obtenció del CI hauria de ser l'última part de la deliberació en la presa de decisions entre logopeda i pacient envers l'aplicació de qualsevol tractament.

De la poca literatura respecte a l'obtenció del CI en logopèdia, destaquen les britàniques Askren i Leslie (2019), en la mateixa línia temàtica que Oriol (2018), qui asseguren que en la pràctica logopèdica molts dels pacients han d'enfrontar-se a la presa de decisions, sobretot pacients que pateixen disfàgia. Aquells que refusen algunes intervencions recomanades per logopedes solen ser etiquetats com a "no col·laboradors", amb la qual cosa aquesta etiqueta atempta contra el seu dret a decidir sobre sí mateixos i el dret a rebutjar un tractament, per tant, contra l'autonomia del pacient. En aquest mateix estudi es destaca que molts professionals confessen que no es troben còmodes amb l'aplicació del CI, sobretot en l'obtenció de l'escrit, i sovint, aquest és usat com una

pràctica defensiva. Per la seva banda, les autores nordamericanes Horner, Modayil, Roche i Dinh (2016) asseguren que molts logopedes utilitzen procediments sense tenir coneixements actualitzats, sense tenir seguretat de com aplicar l'evidència actualitzada, aplicant protocols establerts en lloc d'adaptar-los individualment i amb una manca de coneixement de les seves responsabilitats legals i ètiques. Així, utilitzen sovint el CI com a una exempció de responsabilitat, fet que infravalora la relació de confiança essencial entre la persona usuària i el o la professional de la logopèdia posant per davant el seu interès al de la primera i violant d'aquesta forma el codi ètic de l'*American Speech and Hearing Association* (ASHA).

En referència a les qüestions ètiques que suscita el CI, els estudis de logopèdia actuals arreu de l'Estat espanyol, no sempre contemplen assignatures en els seus plans d'estudis destinades a l'estudi de la legislació, l'ètica, la bioètica i/o la deontologia. Sovint el CI és un document del qual els logopedes graduats en tenen coneixement arran d'aquestes assignatures, si les han cursat, però no hi ha investigacions en el camp de la logopèdia que informin de quin coneixement se'n té i com se'n fa ús per part dels i de les professionals de la logopèdia.

Cal tenir en compte que actualment a Espanya la logopèdia, des de la implantació de la diplomatura i, després, del grau de Logopèdia -arran de l'anomenat *Pla Bolonya* en l'Espai Europeu de l'Educació superior-, la logopèdia compta amb professionals de diferents procedències acadèmiques que conviuen en la seva pràctica professional, com són ara, logopedes habilitats i habilitades amb titulacions prèvies a la diplomatura i al grau, logopedes diplomats i diplomades i logopedes graduats i graduades. A aquests se'ls sumen logopedes estrangers i estrangeres amb els títols homologats de fora de la UE i logopedes procedents d'altres països de la UE. En aquest sentit, no tots els programes d'estudis de les titulacions de procedència esmentades abans compten amb assignatures d'ètica, bioètica, legislació i/o deontologia.

Independentment de la inclusió o no en els plans d'estudis de logopèdia d'assignatures relacionades amb bioètica i/o deontologia, val a dir que el CI és una eina que es contempla en el codi ètic del màxim òrgan de representació de les associacions de logopedes a nivell europeu, l'*European Speech and Language Association* (ESA, abans CPLOL -Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopèdes de l'UE-). Aquest comitè, en el seu document *A Framework for Ethical Practice in Speech and Language Therapy* (2009), contempla el CI dins els deures ètics del professional cap al pacient i a l'apartat anomenat *Specific Challenges for the SLT Profession* i planteja el problema ètic que pot suposar obtenir un consentiment informat d'una persona amb una discapacitat mental o una discapacitat en la seva comunicació. A més a més, aquest organisme recorda que qualsevol logopeda que estigui involucrat o involucrada en procediments on hi hagi un risc específic de dany al pacient, ja sigui per procediments físics invasius o per l'ús de tècniques terapèutiques poc conegudes, ha de demanar un CI escrit.

Pel que fa al *Consejo General de Colegios de Logopedas* (CGCL) d'Espanya, en el seu codi ètic parla de "consentiment", tot i que no inclou la paraula "informat". Concretament, en el Títol III, de la responsabilitat cap als pacients/usuaris, es refereix en l'article 2 a la supervisió d'estudiants per part del logopeda previ consentiment de l'usuari; en el Títol IV, de la confidencialitat, es refereix en el seu article 4-1 al fet que aquesta només es pot revocar si hi ha un consentiment per escrit; i en el Títol VII, referit a les directives per a la investigació i la docència, en els articles 7-2 i 7-7 parla de "consentiment explícit" i en el 7-3, de "consentiment (...) preferentment per escrit". No es fa referència a l'ús del CI escrit per a l'aplicació de procediments.

També fora de les fronteres de la UE, l'ASHA, que constitueix un referent per als col·legis professionals de logopèdia d'arreu del món, en el seu *Code of Ethics* (2016) fa referència al CI en el seu glossari terminològic i el desenvolupa en l'article H de l'apartat *Rules of Ethics*, dins del Principis d'ètica I (*Principles of Ethics I*).

Com s'ha esmentat, en relació als estudis de logopèdia a Espanya, arreu de l'Estat espanyol conviuen actualment logopedes de diverses procedències acadèmiques. A les Illes Balears no s'ofereixen estudis de logopèdia a la Universitat de les Illes Balears (UIB), de manera que els logopedes que hi exerceixen presenten molt diverses procedències pel que fa al lloc on han cursat els seus estudis. Al Col·legi de Logopedes de les Illes Balears (CLIB) hi ha aproximadament 230 persones col·legiades que acadèmicament es troben en alguna de les condicions esmentades anteriorment quant a la seva procedència acadèmica, per la qual cosa és una població de persones col·legiades petita, però alhora molt heterogènia, fins i tot en la procedència d'aquells logopedes que han cursat la diplomatura i/o el grau dins l'Estat espanyol, atès que ho han fet a diferents universitats de les diferents comunitats autònomes on aquests estudis s'ofereixen. Val a dir que, per a qualsevol qüestió ètica que es vulgui consultar en línia, el CLIB, en la seva pàgina web, remet al codi ètic aprovat pel CGCL.

És per això que davant les diverses procedències acadèmiques dels i de les professionals de la logopèdia illencs es pretén esbrinar quins coneixements tenen sobre el CI, quin és l'ús que en fan d'aquest, a més a més de conèixer el procés de presa de decisions entre logopeda i pacient per arribar a l'obtenció del CI.

Mètode

Disseny: Es va proposar un disseny d'enquesta, que es va implementar a través d'un formulari, per tal d'estudiar l'actitud del col·lectiu de logopedes de les Illes Balears quant al coneixement i la utilització del consentiment informat escrit i relacionar aquest ús i coneixement amb la procedència i trajectòria acadèmica dels i de les logopedes participants de les Illes Balears. Les dades es varen recollir de forma transversal, en una ocasió. Per això, es va distribuir un formulari d'elaboració

pròpia (annex 1) via correu electrònic a logopedes que treballaven a les Illes Balears, qui prèviament havien atorgat el seu consentiment de participació signat.

Participants: El formulari d'enquesta anava dirigit a logopedes col·legiats i col·legiades de les Illes Balears. Els criteris d'inclusió varen ésser: el fet de treballar a les Illes Balears i ser professional de la logopèdia col·legiat o col·legiada. Varen ser excloses aquelles persones que no complien aquests requisits.

Instruments: Es va elaborar un formulari d'enquesta *ad hoc*, el qual incloïa una presentació i 32 preguntes dividides en tres seccions: la primera comprenia deu preguntes sobre dades personals, de procedència acadèmica, junt amb anys d'experiència professional i formes de coneixement del consentiment informat; la segona, sis preguntes sobre actuació professional -referides a l'àmbit en què la persona desenvolupava la professió, la població que tractava i les tècniques que emprava-; i la tercera, setze preguntes pròpiament sobre el consentiment informat -referides al coneixement i ús d'aquest i a la presa de decisions.

Procediment: El 25 de març de 2021 es varen enviar els primers correus electrònics a contactes coneguts de logopedes de les Illes Balears. Es demanava la participació en el present estudi i s'adjuntava el consentiment de participació. A més a més, se sol·licitava difusió entre altres logopedes de les Illes. La difusió va arribar 39 persones, de les quals 31 varen emplenar el CI de participació i el varen retornar. A continuació, el 18 d'abril de 2021, se'ls va trametre el formulari d'enquesta d'elaboració pròpia, el qual només es podia emplenar un sol cop i per al qual calia una dedicació d'entre 7 i 10 minuts. El formulari d'enquesta es va realitzar i distribuir mitjançant el programari *Google forms* als correus electrònics de les 31 persones que finalment varen atorgar el consentiment de participació. Aquestes varen rebre el formulari inclòs directament en el seu correu electrònic per al qual no calia obrir un enllaç, sinó que es podia contestar directament en el cos del missatge. A continuació, un cop emplenat, havien d'enviar les seves respostes seleccionant l'opció "envia", habilitada al final de l'enquesta. El 25 d'abril es va tancar la possibilitat de respondre al formulari i ja no s'admeteren més respostes.

El programari utilitzat oferia la possibilitat de poder recollir les respostes i fer una distribució dels percentatges de cada opció de resposta per a cada pregunta. Això va ser possible per als tipus de preguntes que ho permetien (respostes d'opció múltiple, caselles de selecció o desplegable d'opcions de resposta). En les respostes que suposaven escriure un text breu, es va emprar un altre tipus d'anàlisi basat en els conceptes claus escrits. Finalment, des del mateix programari, les respostes es varen exportar a un full de càlcul per després extreure'n els resultats a partir del programa SPSS.

Atesos els objectius del present treball, calia relacionar diverses variables. Per mor de la naturalesa qualitativa d'aquestes, es varen haver de fer servir proves no paramètriques. L'estadístic més

escaient que es podia aplicar era la prova de Kruskal-Wallis, per a comparar les mitjanes de variables qualitatives de mostres amb una n inferior a 20 per a cada grup. Així, es varen voler observar les relacions que segueixen entre algunes de les variables objecte d'aquest estudi:

- La procedència acadèmica amb l'obtenció del consentiment informat escrit i també amb la presa de decisions i del que es considera adient sobre el consentiment informat escrit. És a dir, la primera variable -procedència acadèmica-, es relacionaria una per una amb les altres tres esmentades.
- El fet d'haver cursat una assignatura, o dins una assignatura, bioètica, ètica i/o deontologia amb l'obtenció del consentiment informat escrit, i també amb la presa de decisions i del que es considera adient sobre el consentiment informat escrit. És a dir, una segona variable -haver cursat una assignatura, o dins una assignatura, bioètica, ètica i/o deontologia- es relacionaria amb les mateixes tres anteriors, una per una.
- La procedència acadèmica amb el fet d'haver cursat una assignatura o dins una assignatura ètica, bioètica, legislació i/o deontologia. És a dir, veure la relació entre les dues primeres variables anteriors entre sí.
- La concepció sobre el CI escrit amb el que es considerava adient sobre l'obtenció del CI escrit.
- La població que atenien els i les logopedes de la mostra amb l'ús del CI.
- Les tècniques utilitzades pels i per les logopedes de la mostra amb l'ús del CI.
- El procés de presa de decisions entre pacient i logopeda i el concepte de CI que tenien els i les logopedes de la mostra, així com amb l'ús d'aquest. És a dir, la primera variable -el procés de presa de decisions- amb les dues altres -coneixement i ús del CI- una a una.

Anàlisi de les dades: L'anàlisi de les dades es va fer de forma descriptiva i inferencial. Es varen utilitzar tècniques d'anàlisi mitjançant el programari SPSS per a determinar mesures de posició i dispersió per aquelles variables numèriques o ordinals que ho permetien, així com anàlisi dels percentatges obtinguts en les respostes donades per les persones participants, per a aquelles preguntes que representaven variables nominals. Per veure la relació entre algunes variables es varen fer servir proves no paramètriques (*Kruskal-Wallis* per a mostres independents), com s'ha esmentat i com s'exposa en els resultats a continuació.

Resultats

D'una població de 230 logopedes col·legiats i col·legiades al Col·legi de Logopedes de les Illes Balears (CLIB), es va arribar a una mostra intencionalment de 39 persones, que incloïa dades com el gènere i l'edat de les persones participants, l'illa en la qual treballaven, el ventall de procedències acadèmiques dels seus estudis de logopèdia, així com els anys d'experiència laboral. Es varen lliurar finalment 31 formularis però es varen rebre 30 respostes, amb la qual cosa, la mostra definitiva va quedar composta per 30 logopedes, atès que una persona es va auto excloure abans de contestar el formulari, ja que va notificar prèviament per correu electrònic que no podia participar en l'estudi perquè no treballava a les Illes. Val a dir que, tot i que no es varen utilitzar tècniques de mostreig que poguessin representar a la població de logopedes col·legiats i col·legiades a les Illes Balears, i malgrat ser un mostratge que només tenia un cert component aleatoritzat, ja que es va fer a través de contactes als quals es va demanar difusió, finalment la mostra contenia una representació de logopedes de totes les illes amb una proporció aproximada al nombre de professionals que hi treballa per cadascuna. La distribució per sexes també va resultar aproximada a la representació femenina i masculina dins les persones que exerceixen la logopèdia, es va aconseguir que hi hagués un ampli ventall d'edats de les persones participants i diversitat en els anys d'experiència i també es va veure que la procedència acadèmica de les persones representants resultava variada, dins de totes les opcions que hi cabien. No obstant això, en no ser un mostratge aleatoritzat no es podia afirmar que la mostra fos representativa dels logopedes col·legiats i col·legiades a les Illes Balears, tot i que aquesta posava de manifest la variabilitat del col·lectiu de logopedes de les Illes quant als aspectes esmentats.

En la **secció 1** del formulari d'enquesta es recollien les **dades personals i acadèmiques**. De les 30 persones, hi havia 27 dones (90%) i 3 homes (10%). L'edat mitjana de les persones participants va ser de 40'6 anys i la moda 40, en un rang dels 23 als 63 anys. Per illes, la distribució va ser la següent: Mallorca, 20 participants (66'7%); Menorca, 3 participants (10%); Eivissa, 6 participants (20%); Formentera, 1 participant (3'3%).

Segons la procedència acadèmica la distribució de la mostra fou la següent: 6 logopedes habilitats o habilitades (20%), 16 logopedes diplomats o diplomades (53'3%), 7 logopedes graduats o graduades (23'3%) i 1 logopeda amb un títol estranger homologat de fora de la Unió Europea (3'3%). D'acord amb l'experiència professional, es varen consignar: 4 logopedes amb menys de 5 anys d'experiència professional (13'3%); 5, entre 5 i 10 anys d'experiència professional (16'7%); 10, entre 11 i 15 anys d'experiència professional (33'3%); 5, entre 16 i 20 anys d'experiència professional (16'7%); i 6 amb més de 20 anys d'experiència professional (20%). Així, la mitjana de l'experiència professional dels i de les logopedes participants va ser de 14'4 anys, amb una moda d'interval d'11 a 15 anys d'experiència.

Altres resultats que es recolliren en la secció 1 varen ser els següents: 16 logopedes (53'93%) tenien altres estudis universitaris a més a més dels estudis de logopèdia, 23 logopedes (76'7%) tenien estudis de postgrau o màster, 3 persones posseïen un doctorat (10%) i una persona l'estava cursant actualment (3'3%).

Quant a haver cursat continguts relacionats amb ètica, bioètica, legislació i/o deontologia, 15 logopedes, el 50%, ho havia fet i la resta, no. De les persones que havien cursat els continguts o assignatures esmentades, 10 persones (el 33'3%) ho havien fet dins els estudis de logopèdia i les 5 restants, en altres estudis universitaris (16'7%). En la taula 1 es reflecteix la distribució de les persones participants en funció de la seva procedència acadèmica i el fet d'haver cursat alguna assignatura o no relacionada amb l'ètica, la bioètica, la legislació i/o la deontologia.

Respecte al mitjà pel qual els i les logopedes havien tingut coneixement sobre l'obtenció del consentiment informat, 6 persones (20%) van afirmar no tenir-ne coneixement i la resta, en tenia coneixement a partir de diferents mitjans. Destaquen 9 persones que havien tingut coneixement a través d'estudis superiors (30%) i 13 (43'2%), a través del món laboral, literatura especialitzada, pàgines web especialitzades i/o el seu col·legi professional. 2 persones (6'6%) no varen contestar aquest ítem.

Taula 1

Nombre de persones en funció de la seva procedència acadèmica i el fet d'haver cursat una assignatura d'ètica, bioètica, legislació i/o deontologia.

Nombre de persones de la mostra	Procedència				Total Persones	Percentatge de persones sobre el total
	Habilitació	Diplomatura	Grau	Homologació		
Estudiat assignatura dins els estudis de logopèdia	0	6	3	1	10	33'3%
Estudiat assignatura fora dels estudis de logopèdia	2	2	1	0	5	16'7%
No estudiat cap assignatura relacionada	4	8	3	0	15	50%
Total persones	6	16	7	1	30	100%
Percentatge de persones sobre el total	20%	53'3%	23'3%	3'33%		

La **secció 2** del formulari, sobre **actuació professional**, va oferir els següents resultats: 19 logopedes treballaven per compte d'altri (63'3%) i 11 logopedes (36'7 %) eren autònoms i autònomes. El llocs de feina que ocupaven era divers, destacant 9 logopedes que treballaven en un centre sanitari privat (30%) i 5 en un de públic (16'7%). Així, 14 persones (46'7%) treballaven en un centre sanitari. La resta es distribuï com segueix: centres sociosanitaris (2 logopedes, el 6'7%), centres d'atenció precoç (4 logopedes, el 13'3%), centres educatius (4 logopedes, el 13'3%), en afers socials (2 logopedes, el 6'7%) i en altres ocupacions (3 logopedes, el 9'9%) -una fundació, universitat i una altra no especificada-.

Quant al tipus de feina realitzada, 25 persones (83'3%) de les enquestades treballava de logopeda, 3 persones (10%) feien feina de MALL o PT, una es dedicava a docència universitària i una altra a l'audiologia (6'7% entre aquestes últimes).

Respecte a la població que tractaven els logopedes enquestats s'oferia la possibilitat de contestar diverses opcions a través de caselles de selecció entre "nadons", "infantil", "juvenil", "adults menors de 65 anys", "adults majors de 65 anys", "totes les edats", "faig docència i investigació. No aplico tractaments" i "altres". Això va donar diverses combinacions, que es varen haver d'individualitzar i separar per ser recomptades, ja que un mateix professional podia haver marcat diverses opcions de resposta. Per exemple, una persona podia marcar que feia tractament a "infantil", "juvenil" i "adults majors de 65 anys"; i un altre haver contestat "infantil" i "adults menors de 65 anys" i en "altres" haver escrit: "faig docència". Si la resposta fou "totes les edats", que va ser una resposta única per part de qui la va marcar, es considerà que tractaven nadons, infants, persones adultes menors de 65 anys i també les majors de 65 anys i es va incloure en el recompte de cada una d'aquestes franges d'edat. En funció del que s'ha esmentat, la distribució de freqüències no es podia fer en funció de les persones que varen respondre el qüestionari -una persona, una resposta-, sinó que s'havien de comptabilitzar cadascuna de les respostes que s'havien donat per persona, les quals podien ser múltiples. En aquest sentit, destaca que 27 persones, el 90% dels i de les logopedes enquestats, varen marcar que tractaven població infantil i 18, un 60%, població juvenil, independentment de si tractaven o no altres grups d'edat. Per tant, els resultats evidencien que la població infantil i juvenil són el gruix de població atesa pels i per les logopedes de les Illes Balears. En la taula 2 es mostren les dades esmentades i la resta de percentatges referents a les poblacions en què els i les logopedes referiren que aplicaven tractaments, així com la docència.

Els i les logopedes de les Illes Balears enquestats també varen respondre sobre els diferents àmbits, trastorns o patologies que eren objecte del seu tractament. Es podien donar diverses respostes a través de caselles de selecció, com en la pregunta anterior. Aquestes respostes es varen resumir en la Taula 3, on destaquen els tractaments de la parla i el llenguatge, que varen marcar 27 persones, el 90% de les persones enquestades, seguits dels tractaments de motricitat orofacial, 17 logopedes, el 56'7%; entre altres que s'exposen a continuació.

Taula 2

Percentatges de població segons edats a la qual refereixen tractar els i les logopedes de la mostra i activitats docents.

Nombre de persones/ nombre de persones total	Nadons	Infants	Juvenils	Persones adultes menors de 65	Persones adultes majors de 65	Docència i aplicació de tractaments	Docència. Sense aplicació de tractaments
Nombre de persones	10/30	27/30	18/30	13/30	11/30	3/30	1/30
Percentatge equivalent sobre 30	33'3%	90%	60%	43'3%	36'6%	10%	3%

Taula 3

Àmbits de feina dels logopedes de la mostra

Nombre de persones/ nombre de persones total	Parla i llenguatge (oral, llegit, escrit)	Motricitat orofacial	Funcions orals no verbals	Veü	Audició	docència
Nombre de persones	27/30	17/30	15/30	11/30	8/30	4/30
Percentatge equivalent sobre 30	90%	56'7%	50%	36'7%	26'7%	13'3%

Pel que feia a les tècniques que aplicaven els i les logopedes (Taula 4), també s'hi podien marcar diverses respostes a través de caselles de selecció, de manera que 15 logopedes, un 50%, va seleccionar que utilitzava l'embenat neuromuscular (conegut també com a *taping*, *neurotaping* o *kinesiotaping*); 13 persones (43'3%) feia estimulació manual i 5 persones feien servir l'electroestimulació (16'6%), entre altres.

Taula 4*Tècniques que apliquen els logopedes de la mostra*

Nombre de persones/ nombre de persones total	Embenatge neuro muscular	Estimulació manual	Electroestimulació	Estimulació transcranial	Altres	Cap d'aquestes
Nombre de persones	15/30	13/30	5/30	1/30	3/30	9/30
Percentatge equivalent sobre 30	50%	43'3%	16'6%	3'3%	10%	30%

En la **secció 3** del formulari d'enquesta es demanà pel coneixement i l'ús del consentiment informat. Quant al tipus de consentiment que deien fer servir els i les logopedes de la mostra, destaca l'ús del document escrit (13 persones, 43'3%), oral i escrit segons la circumstància (7 persones, 23'3%), sempre oral abans d'escrit, considerant aquest extensió del primer (3 persones, 10%), només oral (2 persones, 6'7%) i que no usen mai el CI (5 persones, 16'7%). El model de document escrit que feien servir era: d'elaboració pròpia i sempre el mateix (5 persones, 16'7%); d'elaboració pròpia, resum del que s'hagués acordat amb la persona usuària prèviament (5 persones, 16'7%); un model d'un col·legi professional (4 persones, 13'3%), un model de pàgines web de logopèdia o altres ciències de la salut (2 persones, 6'6%), un model obtingut d'alguna assignatura al respecte (2 persones, 6'6%), un model facilitat per la institució pública en la qual hi treballava la persona -pel Govern Balear o el Comitè d'Ètica de la UIB- (4 persones, 13'3%); un model facilitat per una empresa de protecció de dades (4 persones, 13'3%) i 5 persones no varen respondre aquesta pregunta.

En referència a l'obtenció del CI escrit, 7 persones afirmaven usar-lo sempre (23'3%); 7 persones, sovint (23'3%); 11 persones, ocasionalment (36'7%) i 5, mai (16'6%). En el procés de presa de decisions per a l'obtenció del CI, 11 persones (36'7%) afirmaren que ho acorden amb el pacient després d'una deliberació; 6 persones (20%) contestaren que és necessari que el pacient signi un document de CI per poder tractar-lo; 3 persones (10%) asseguraren que "proposen i expliquen el tractament i el pacient és lliure de signar-lo o no" i 2 persones (6'7%) indicaren que la persona ha de seguir el tractament que li proposa el o la logopeda, atès que aquesta figura és la persona especialista. El 6'7% (2 persones) no va contestar aquesta pregunta.

Es va preguntar pel temps dedicat a l'obtenció del CI escrit. Varen contestar 22 persones, les respostes de les quals i freqüències d'aquestes foren les següents: 6 persones (27% de les 22 i 20% de 30) ho feien al començament d'una sessió, després d'una explicació i abans d'aplicar el tractament; 4 persones (18'2% de 22 i 13'3% de 30) l'obtenien després de tota una sessió d'explicació del tractament i abans d'aplicar-lo; 3 persones (13'6% de 22 i 10% de 30) indicaren que empraven les sessions necessàries per tal que el pacient pogués signar amb tota la informació, de forma voluntària i com a culminació d'un procés deliberatiu; 4 persones (18'2% de 22 i 13'3% de 30) obtenien el CI escrit un cop acabada la sessió, després d'una explicació oral prèvia, abans d'aplicar el tractament i lliurant el document al o a la logopeda. Finalment, es varen consignar 5 respostes més (22'72% de 22 i 16'7% de 30) d'índole diversa ("se l'emporta a casa", "abans de l'avaluació", entre altres).

Respecte a la concepció que tenien sobre el CI escrit els i les logopedes enquestats varen respondre segons caselles de selecció i podien donar més d'una resposta. Després es varen haver de separar i individualitzar els resultats per a recomptar les respostes. 24 logopedes (el 80% de les persones enquestades) va considerar la resposta "és aquell document legítim que manifesta l'autonomia del pacient, el protegeix i assegura que ha rebut la informació adequada, de manera que consent o no voluntàriament el tractament pactat amb la persona professional". El resum de totes les respostes a aquesta pregunta es mostra a la taula 5.

Es va demanar si en el document de CI escrit es reflectien alternatives al tractament proposat. A aquesta pregunta varen contestar el 50% de les persones enquestades, de les quals la majoria (12 de les 15, el 80% de les que varen contestar) no oferia alternatives i 3, sí (el 20% restant de les 15). Respecte al sentiment de lliurar un document de CI escrit, 7 persones (23'3%) no ho manifesten perquè no l'obtenien i la resta no manifestava cap incomoditat. De les 23 que contestaren sobre el confort o incomoditat en lliurar-lo, a 9 (39'1% de 23 i 30% de 30) no els incomodava ni sentien comoditat; 6 (26'1% de 23 i 20% de 30) se sentien còmodes i 8 (34'8% de 23 i 26'7% de 30) se sentien molt còmodes.

L'obtenció del CI escrit es produïa en diverses circumstàncies (taula 6). La pregunta permetia marcar totes les respostes que la persona enquestada considerés. Així, per captació d'imatges - fotografies o vídeo- varen marcar la resposta 23 persones (76'7%); per tractament de dades, 22 persones (73'3%); per captació d'àudio -veu-, 19 persones (63'3%); per transmissió d'informació a altres professionals, 16 persones (53'3%); per aplicació de tractaments, 15 persones (50%); per difusió en xarxes socials, blogs professionals i/o altres eines de difusió a internet, 15 persones (50%) i per telepràctica, 11 persones (36'7). Per acabar, 4 persones (13'3%) afirmaren no obtenir CI escrit per a cap de les situacions anteriors.

Taula 5*Concepció del CI escrit*

Nombre de persones/ nombre de persones total	Document mínim legal abans del tractament. El pacient signa després de rebre la informació necessària sobre aquell	Constància de què s'ha produït el consentiment informat. Últim esglaió del procés	Document que resum procés deliberatiu i de transmissió d'informació entre professional i persona usuària. Mínim legal i desitjable	Document legítim que manifesta l'autonomia del pacient, el protegeix i assegura que ha rebut informació adequada. Consent voluntàriament per rebre el tractament pactat	Document legal que signa el pacient obligatòriament i que protegeix de possibles denúncies a la persona professional
Nombre de persones	11/30	2/30	12/30	24/30	2/30
Percentatge equivalent sobre 30	36'7%	6'7%	40%	80%	6'7%

Taula 6*Condicions d'utilització del consentiment informat escrit (de la mostra n=30).*

Nombre de persones/ nombre de persones total	Capta- ció imat- ges	Tracta- ment de dades	Capta- ció àudio	Trans- missió infor- mació	Aplica- ció tracta- ment	Difusió inter- net	Tele pràcti- ca	No obté CI escrit
Nombre de persones	23/30	22/30	19/30	16/30	15/30	15/30	11/30	4/30
Percentatge equivalent sobre 30	76'6%	73'3%	63'3%	53'3%	50%	50%	36'7%	13'3%

En darrer lloc es va demanar quina era la resposta que consideraven més adient sobre el que era el consentiment informat escrit (pregunta 31). Aquesta era una manera de tornar a preguntar sobre la concepció del CI escrit (pregunta 17). Mentre que en aquesta es podia marcar més d'una resposta, en la primera esmentada es demanà una única resposta. Aleshores, en aquesta última

pregunta 31, la majoria de les persones enquestades (21, el 70%) respongueren que el consentiment informat escrit “és una eina legal, ètica i legítima que promou l'autonomia del pacient per a la presa de decisions compartides entre logopeda i pacient, després que el primer hagi rebut la informació necessària, comprensible i adient”; 6 persones (20%) varen considerar que l'obtenció del CI escrit “és una eina legal que protegeix el logopeda davant les eventuais denúncies dels pacients, atesa l'autonomia d'aquests, ja que els logopedes participen cada vegada més en processos i tractaments més invasius”; 1 persona (3'3%) indicaren que “és una eina legal per a facilitar informació al pacient sobre el seu tractament”; 2 més (6'7%), que “és una eina ètica sense valor legal que no pot evitar una denúncia per part d'un pacient, encara que aquest hagi rebut la informació necessària i suficient, atesa l'autonomia del pacient per decidir”.

Es va demanar també si les persones enquestades s'havien trobat amb algun pacient que hagués signat l'opció que contempla el desistiment de rebre el tractament proposat pel logopeda en el consentiment informat escrit, a la qual cosa, 19 persones (63'3%) varen respondre “no” i 4 persones (13'3%) varen respondre “sí”. La resta, 7 persones (23'3%), varen contestar que mai no lliuraven un document escrit per obtenir consentiment informat en la seva pràctica. De les 4 persones que varen contestar que s'havien trobat amb pacients que havien rebutjat rebre tractament, es va demanar com varen definir aquests pacients. Les respostes varen ser “rebutja rebre el tractament”, “desisteix de rebre el tractament”, “no he fet cap definició al respecte” i, l'última, en “altres”, va consignar “no autoritza”. Cap d'aquestes 4 persones va considerar el pacient “no col·laborador”, que era una de les opcions de resposta.

En l'aplicació de l'estadístic Kruskal-Wallis respecte a les relacions anteriors expressades en l'apartat mètodes, es varen obtenir els següents resultats:

- En l'aplicació de la prova de Kruskal-Wallis per a la procedència acadèmica i per a l'obtenció del consentiment informat escrit, s'obtingué el manteniment de la hipòtesi nul·la ($p\text{ valor}=0'978$). Això significà que no hi havia una relació significativa entre la procedència acadèmica dels logopedes i l'obtenció del CI escrit, o que l'obtenció del CI escrit seguia una distribució semblant quant a la procedència acadèmica.
- En l'aplicació de la prova de Kruskal-Wallis per a la procedència acadèmica i la presa de decisions ($p\text{ valor}=0'382$) tampoc no aportà un nivell de significació per sota de 0'05, per la qual cosa es va mantenir la hipòtesi nul·la, segons la qual no hi havia relació entre la procedència acadèmica i la presa de decisions en l'obtenció del CI per part dels i de les logopedes enquestats. És a dir que la presa de decisions seguia una distribució semblant en les diferents procedències acadèmiques.
- En l'aplicació de la prova de Kruskal-Wallis per a la procedència acadèmica i el que es considerava adient sobre el consentiment informat escrit, tampoc no es va obtenir un nivell

de significació que indiqués que es podia adoptar la hipòtesi alternativa, ($p \text{ valor} = 0'978$), de manera que no es podia establir una relació entre la procedència acadèmica dels i de les logopedes enquestats i el que aquests consideraven adient sobre el consentiment informat escrit, atès que la distribució per grups era similar.

- En l'aplicació de la prova de Kruskal-Wallis al fet d'haver cursat una assignatura, o dins una assignatura, ètica, bioètica, legilació i/o deontologia i l'obtenció del consentiment informat escrit ($p \text{ valor} = 0'742$), no es mostrava una relació significativa entre aquestes variables. És a dir que la distribució que seguia l'obtenció del consentiment informat escrit era semblant segons les diferents procedències acadèmiques.
- En l'aplicació de la prova de Kruskal-Wallis al fet d'haver cursat una assignatura, o dins una assignatura, ètica, bioètica, legilació i/o deontologia i la presa de decisions ($p \text{ valor} = 0'851$), no mostrà una relació significativa entre aquestes variables. D'aquesta manera la distribució que seguia la presa de decisions entre pacient i logopeda era semblant pel que fa al fet d'haver cursat o no alguna assignatura, o dins una assignatura, ètica, bioètica, legilació i/o deontologia.
- En l'aplicació de la prova de Kruskal-Wallis al fet d'haver cursat una assignatura o dins una assignatura ètica, bioètica, legilació i/o deontologia i el que es considerava adient sobre el CI escrit ($p \text{ valor} = 0'521$), no mostrà una relació significativa entre aquestes variables. És a dir la distribució que seguia el que es considerava adient sobre el CI era semblant envers al fet d'haver cursat o no una assignatura o dins una assignatura ètica, bioètica, legilació i/o deontologia.
- Quan es va aplicar la prova de Kruskal-Wallis en la procedència acadèmica amb el fet d'haver cursat una assignatura o dins una assignatura ètica, bioètica, legilació i/o deontologia ($p \text{ valor} = 0'506$), no es va veure una relació significativa entre aquestes variables. És a dir es trobà una distribució semblant entre la procedència acadèmica i el fet d'haver cursat una assignatura o dins una assignatura ètica, bioètica, legilació i/o deontologia.
- En l'aplicació de la prova del Kruskal-Wallis en la concepció sobre el CI escrit amb el que es considera adient sobre el CI escrit ($p \text{ valor} = 0'099$), no s'observà relació entre aquestes variables, tot i que era la que tenia un dels més alts nivell de significació en relació a les altres relacions que es varen voler establir. Malgrat tot la distribució d'una variable sobre l'altra es va considerar similar.
- En l'aplicació de la prova del Kruskal-Wallis per veure la possible relació entre la població que atenien els i les logopedes amb l'ús del CI ($p \text{ valor} = 0'075$), no s'observà relació entre

aquestes variables, tot i que el nivell de significació també era dels més alts de les relacions entre variables estudiades. Emperò, no es va poder considerar que les distribucions de la població que atendien els i les logopedes envers l'ús del CI fossin diferents.

- En l'aplicació de la prova del Kruskal-Wallis per observar la relació entre la utilització del consentiment informat escrit amb les tècniques que deien aplicar els logopedes (p valor=0'778) tenia una distribució semblant entre grups, per la qual cosa no era significativa i no s'observà relació.
- En l'aplicació de la prova del Kruskal-Wallis per esbrinar la relació entre com era el procés de presa de decisions entre els pacients i el o la logopeda i el concepte de CI que tenien els i les logopedes tampoc s'observà una relació significativa (p valor=0'2), havent-hi una mateixa distribució entre grups en funció de les respostes.
- Finalment, en l'aplicació de la prova del Kruskal-Wallis per esbrinar la relació entre com era el procés de presa de decisions entre pacients i i l'ús del consentiment informat s'observà que no hi havia una relació significativa (p valor=0'335). És a dir que entre els diferents grups que es formen sobre les respostes respecte a la presa de decisions hi havia una distribució similar respecte a l'obtenció del CI escrit.

A banda de l'observació de les relacions anteriors, també es va voler comprovar si hi havia alguna relació entre la procedència acadèmica i els anys d'experiència com a professional de la logopèdia. Aquest fet podria estar en relació amb un altre: que hi hagués diferència en els plans d'estudis segons la procedència acadèmica i, per tant, amb els anys d'experiència, i que això tingués a veure amb que estiguessin incloses o no en aquests plans assignatures d'ètica, bioètica, legislació i/o deontologia en les diferents procedències acadèmiques. Es va suposar que això, al seu torn, podria influir en el coneixement i ús del consentiment informat. Aleshores es va aplicar el mateix estadístic anterior -la prova per a mesures no paramètriques de Kruskal-Wallis- i el p valor va resultar 0'001, amb la qual cosa, en quedar rebutjada la hipòtesi nul·la i acceptar-se l'alternativa, sí que es podia afirmar que existia una relació entre la procedència acadèmica i els anys d'experiència com a professional de la logopèdia. Dit d'una altra manera, el fet de portar més anys treballant com a logopeda tenia a veure amb una procedència acadèmica diferent entre els grups "logopeda habilitat o habilitada", "diplomada o diplomada" i "graduat o graduada" perquè es mostrava una distribució diferent, en el sentit que quants més anys d'experiència més relació amb l'habilitació i, disminuint els anys d'experiència més relació amb la diplomatura i el grau, en aquest ordre. Malgrat tot, com s'ha explicat, no es va trobar relació entre la procedència acadèmica i el coneixement i ús del consentiment informat i, per tant, tampoc hi havia relació amb els anys d'experiència.

Val a dir que es varen eliminar per a l'anàlisi tres preguntes de les trenta-dues que contenia el formulari original. La pregunta 27, es va suprimir de l'anàlisi perquè no s'obtenia cap dada que

pogués contestar a les preguntes de recerca. En canvi, les preguntes 30 i 32 no es varen tenir en compte perquè la primera només tenia dues respostes que no contestaven a la pregunta i constituïen una opinió de les dues persones enquestades sobre altres temes i la 32 perquè ningú no la va contestar.

Discussió

En aquest estudi es pretenia esbrinar si les diverses procedències acadèmiques dels i de les professionals de la logopèdia de les Illes Balears tenia alguna relació amb els seus coneixements sobre el CI i quin era l'ús que en feien d'aquest. Aquest procés d'obtenció del CI hauria d'esdevenir-se d'un procés previ de presa de decisions entre pacient i professional i és per això que també es va considerar estudiar la relació d'aquesta variable amb els coneixements i utilització del CI.

Atès que a les Illes Balears no es compta amb estudis de logopèdia i les 230 persones col·legiades al Col·legi de Logopedes de les Illes Balears tenen diverses procedències acadèmiques en tots els sentits, es va voler relacionar les diferents procedències de les persones enquestades amb l'obtenció del consentiment informat escrit. Aquesta relació no va resultar significativa. És a dir, no es varen trobar diferències entre grups segons la diferent procedència acadèmica i l'obtenció del consentiment informat. De la mateixa manera, no es va trobar relació entre la procedència acadèmica per grups i el procés de presa de decisions, ni entre la procedència acadèmica i el que es considera adient sobre el consentiment informat escrit. Malgrat tot, s'havia constatat que no en tots els plans d'estudis extingits o actuals de logopèdia es contemplan assignatures relacionades amb l'ètica, la bioètica, la legislació i/o la deontologia, atès que només 10 persones (33'3%) havien cursat alguna assignatura relacionada dins els seus estudis de logopèdia i aquestes tenien diverses procedències acadèmiques (habilitació, diplomatura o grau). Altres 5 (16'7%) ho havien fet fora dels estudis i la resta, 15 persones (50%), no havia cursat mai cap assignatura relacionada. Aquests resultats poden apuntar que hi podria haver un desconeixement sobre les qüestions ètiques i legals que suscita l'obtenció del CI entre un bon nombre de professionals de la logopèdia.

En el mateix sentit, no es varen trobar diferències entre grups en la relació d'haver cursat o no cursat una assignatura, o dins d'una assignatura, ètica, bioètica, legislació i/o deontologia, amb l'obtenció del CI escrit, ni entre la primera variable i el procés de presa de decisions entre logopeda i pacient, ni tampoc entre la primera variable i el que es considera adient sobre el CI escrit, atès que es va trobar una distribució similar per grups en totes tres relacions que es varen pretendre establir. Aquests fets podrien relacionar-se amb el disseny del formulari d'enquesta, el qual podria haver induït les respostes independentment del coneixement sobre el CI i les altres variables i, per tant, esbiaixar els resultats.

Així mateix, es va considerar adient relacionar la procedència acadèmica amb el fet d'haver cursat l'assignatura esmentada, però tampoc no es va obtenir un valor significatiu, de manera que la distribució per grups tornava a ser similar i sense diferències. És a dir, ni en les titulacions més antigues ni en l'actual de grau hi havia de forma homogènia la inclusió de l'assignatura o continguts d'ètica, bioètica, legislació i/o deontologia.

En l'anàlisi de la procedència acadèmica i la relació una per una amb les variables referents a l'obtenció del CI escrit, la presa de decisions prèvia i la consideració del que és el CI per part de les persones de la mostra, no es va trobar cap relació significativa entre aquestes. Això podria implicar que totes les persones tenien prou coneixement sobre l'obtenció del CI escrit, la presa de decisions prèvies i la consideració del que és el CI independentment de la seva procedència acadèmica. No obstant això, els resultats que es varen obtenir és que 6 persones (20%) de les persones manifestava no tenir coneixements sobre l'obtenció del CI i 13 d'elles (43'2%) manifesta que les fonts de coneixement havien estat fora de l'àmbit acadèmic (literatura, pàgines web, món laboral, empreses de protecció de dades) però se'n desconeixia quin grau de coneixement havien pogut adquirir aquestes. De fet, 15 persones (50%) indicaren que no havien cursat cap assignatura relacionada amb ètica, bioètica, legislació i/o deontologia. En aquest sentit, resultà difícil trobar una explicació dels resultats, atès que semblava que tenien el mateix coneixement del CI les persones que havien rebut formació acadèmica que les que no. Es podria atribuir aquest resultat a com n'eren d'heterogenis els plans d'estudis de logopèdia en totes les procedències respecte a la inclusió o no de les assignatures esmentades, a la variabilitat dels estudis de postgrau que haguessin pogut realitzar les persones de la mostra, o, fins i tot, a l'interès propi per a cercar informació més enllà del món acadèmic (literatura, pàgines web i empreses de protecció de dades), al tipus de feina que realitzaven en el moment de l'enquesta i a l'exigència del lloc de treball en què hi desenvolupaven la seva professió, entre altres. S'ha d'apuntar que les persones que havien rebut formació acadèmica sobre ètica, bioètica, legislació i deontologia i les que no l'havien rebut, mostraven una distribució semblant i això podria deure's al fet que les persones participants havien de marcar respostes ja donades i triar-les entre diverses opcions, el que podia haver induït a les persones participants sense coneixement sobre el CI a marcar respostes que els haguessin semblat més escaients en aquell moment, i, per tant, eventualment haguessin exhibit els mateixos coneixements que les persones amb formació sense tenir-los realment. Malauradament, en aquest estudi aquest extrem no es va poder demostrar i no es varen poder trobar fonts documentals per poder comparar aquests resultats amb estudis previs.

Per esbrinar quin coneixement tenien els i les logopedes de la mostra pel que feia a la definició de consentiment informat escrit, es varen fer dues preguntes. Una va ser la 17, que era de caselles de selecció i permetia marcar-ne tantes com consideressin les persones enquestades, i l'altra la

pregunta 31, en la qual només es podia marcar una resposta. Aquesta es va situar pràcticament al final del qüestionari amb la intenció que l'anterior pregunta no influís en la resposta d'aquesta.

En la resposta a la pregunta 17 sobre la concepció de l'obtenció del consentiment informat, en la qual es podia marcar més d'una resposta a través de caselles de selecció, es va triar en 24 ocasions (80%) aquesta resposta: "Document legítim que manifesta l'autonomia del pacient, el protegeix i assegura que ha rebut informació adequada, de manera que consent o no, voluntàriament el tractament pactat amb la persona professional". No obstant això, hi havia altres respostes que no eren incompatibles amb aquesta i que també podrien ser certes segons el Comitè de Bioètica de Catalunya (2003) i el que apunten Lorda i Concheiro (1993), en el sentit que, la resposta "És el document que resum el procés deliberatiu i de transmissió d'informació entre professional i persona usuària envers un tractament. És el mínim legal i desitjable", complementa a l'anterior, però només es va marcar en 12 ocasions (40%). Respecte a la resposta "És el document mínim legal requerit abans del tractament que el pacient signa després de rebre la informació necessària sobre aquell", va ser marcada per 11 persones (37'5%), malgrat no ser incompatible amb les dues anteriors. Igualment, la resposta "És la constància de què s'ha produït el consentiment informat i és l'últim esglaó del procés", tampoc no era una resposta incompatible amb les tres anteriors, però només va ser marcada en dues ocasions (6'7%). En darrer lloc, es marcaren en dues ocasions (6'7%) "Es aquell document legal que signa el pacient obligatòriament i que protegeix de possibles denúncies cap a la persona professional", el que permet interpretar que aquelles persones que varen donar aquesta resposta desconeixen què és, perquè s'obté i quina funció té el consentiment informat i, per tant, també desconeixen la llei sobre l'autonomia del pacient. Probablement, el fet que poques persones marquessin totes les respostes correctes i complementàries podria estar indicant un coneixement parcial del CI per una part de la mostra.

Els resultats de la pregunta 31 mostraren que 21 persones (70%) varen triar "És una eina legal, ètica i legítima que promou l'autonomia del pacient per a la presa de decisions compartides entre logopeda i pacient, després que aquest hagi rebut la informació necessària, comprensible i adient". Les 9 persones restants (30%) varen contestar respostes incertes o incomplertes respecte al CI escrit. Així, 6 persones (20%) consideraren que el CI escrit "És una eina legal que protegeix el logopeda davant les eventuais denúncies dels pacients, atesa l'autonomia d'aquests, ja que els i les logopedes participen cada vegada més en processos i tractaments més invasius"; 2 persones (6'7%) varen considerar la resposta "És una eina ètica sense valor legal que no pot evitar una denúncia per part d'un pacient, encara que aquest hagi rebut la informació necessària i suficient, atesa l'autonomia del pacient per decidir" i, finalment, 1 persona (3'3%) seleccionà "és una eina legal per a facilitar informació al pacient sobre el seu tractament". En funció d'aquestes respostes, es veu que hi ha 8 persones (26'7%), que reconeixen l'ús defensiu del CI o bé no li atorguen valor legal, tot remetent-se a les possibles denúncies per part dels pacients, de manera que aquestes 8

persones mostren desconèixer en què consisteix el CI, per què s'ha d'obtenir i quina funció té, si bé en la pregunta 17 varen ser 2 persones, amb la qual cosa, el fet d'haver de marcar respostes i no contestar a preguntes obertes pot ser que de nou no reflecteixi el coneixement real que tenen els i les logopedes enquestats sobre el CI i la seva obtenció. Higuera (2009), des de la fonoaudiologia, i Broggi (1999), des de la medicina, advoquen perquè l'obtenció del consentiment informat no hauria de ser una eina que promoguéssin una pràctica clínica defensiva, com sovint s'havia vingut utilitzant des de la pràctica mèdica. També les nordamericanes Horner, Modayil, Roche i Dinh (2016) afirmen que sovint l'obtenció de CI escrit en logopèdia s'utilitza com a una exempció de responsabilitat, amb la consegüent violació del codi ètic de l'ASHA. Pel que fa a aquest respecte, en les dues preguntes anteriors exposades, 2 persones en la primera (6'7%) i 6 persones en la segona (20%) varen marcar l'opció que parlava de la protecció que proporcionava al logopeda el CI escrit davant possibles denúncies, de manera que aquestes persones podria semblar que, tal vegada, aquestes obtenien els CI escrits com a pràctica defensiva.

En aquestes dues variables exposades a través de les preguntes anteriors - la definició del CI i la consideració del què és el CI- es va voler esbrinar la relació existent entre elles. S'esperava trobar un alt índex de relació, perquè eren preguntes semblants orientades a saber quin coneixement tenien les persones participants del consentiment informat, però no va estar així ($p \text{ valor}=0'099$), tot i ser un dels índex més alts de relació entre d'altres relacions que es varen voler establir entre altres variables. De manera que es podria interpretar que, en alguns casos, el fet de seleccionar les respostes en ambdues preguntes podria haver estat induït per les respostes ja escrites que s'havien de seleccionar per part de les persones participants i que algunes d'aquestes persones prèviament no disposaven de coneixement sobre la concepció del CI escrit i l'obtenció d'aquest, sinó que, en veure les respostes escrites, podrien haver triat aquelles que els podien haver semblat més lògiques i/o adequades en el moment de contestar ambdues preguntes, mostrant així una manca de coherència entre la que s'havia preguntat primer i la que s'havia preguntat en darrer lloc i, per tant, una manca de coneixement.

Una altra forma d'arribar a saber quin coneixement tenien els i les logopedes de la mostra sobre el CI va ser a través de demanar si constava en el CI escrit que s'havien oferit alternatives. A aquesta pregunta varen contestar el 50% de les persones enquestades, de les quals la majoria, 12 d'elles, (el 80% de les 15 que varen contestar) no oferia alternatives i 3 (el 20% de les 15, sí). Això significa que només 3 persones, un 10% de la totalitat dels i de les logopedes enquestats, plantejava en els documents escrits de CI alternatives al tractament que proposa. En aquest sentit, hagués estat esperable que tota persona professional que hagués d'obtenir un CI hagués respost que oferia alternatives, tot i que no va estar així. Es podria dir aleshores, que hi havia majoritàriament un desconeixement del que implica l'obtenció del consentiment informat, atès que una part d'aquest seria la informació sobre l'existència o no d'alternatives, tal com expressa el Comitè de Bioètica de

Catalunya (2003) sobre el procés de comunicació entre el clínic i el pacient, perquè aquest pugui atorgar el seu consentiment informat escrit com a culminació d'un procés de comunicació oral. La persona usuària necessita, a més a més de la informació necessària sobre el procés assistencial - que inclogui en què consisteix, oportunitat, beneficis, seqüeles i riscos- també informació sobre alternatives al procediment proposat.

També s'esperava una alta relació entre el procés de presa de decisions i el coneixement i ús del CI i no s'arribà a veure una relació significativa. Això implicava que fos quina fos la resposta marcada respecte al procés de presa de decisions ("el pacient i jo acordem l'aplicació del tractament a través de la deliberació (...)", "jo proposo i explico el tractament (...)", "(...) el pacient ha de seguir les meves indicacions (...)", "és necessari que el pacient signi el consentiment (...)" i "altres"), no influïa en les respostes marcades sobre l'obtenció del CI escrit. És a dir que entre els diferents grups que es crearen en base a les respostes respecte a la presa de decisions hi havia una distribució similar respecte a l'obtenció del CI escrit. Igualment, pel que fa a la presa de decisions i la concepció del consentiment informat escrit, tampoc no es va veure una relació significativa, de manera que la distribució de les respostes quant a la concepció del CI va ser molt similar envers cada una de les respostes que es varen marcar en la presa de decisions. Probablement aquesta manca de relació podria ser deguda de nou a la inducció a seleccionar una de les respostes que ja es trobaven escrites i, per tant, a la manca de coneixement real sobre el que significa el consentiment informat, atès que si una majoria l'hagués tingut, no s'hagués obtingut tanta variabilitat en la distribució de les respostes entre les persones de la mostra. Això també porta a pensar que la majoria de les persones de la mostra no tenien coneixements del que significa l'obtenció del CI en els termes que expressa el Comitè de Bioètica de Catalunya (2003) abans esmentats.

Es va voler veure també si hi havia alguna relació entre la població segons l'edat que tractaven els i les logopedes enquestats i l'ús del consentiment informat. La majoria de logopedes enquestats assenyalaren que tractaven població infantil (27 persones, el 90%) i juvenil (18 persones, el 60%), és a dir, persones menors, les quals en la majoria de les ocasions no poden donar el seu consentiment per rebre tractament i/o signar un document de protecció de dades i/o de traspàs d'informació a altres professionals, amb la qual cosa aquest consentiment s'hauria de fer per representació i el signarien progenitors o tutors, segons apunten tant el Comitè de Bioètica de Catalunya (2003), com diversos autors (Corcoy y Gallego, 2010, i Esquerda, Pifarré i Fernández, 2013). D'altra banda podria resultar controvertit i podria generar límits en l'obtenció del consentiment aquell que es demana a les persones amb algun tipus de discapacitat que pogués afectar a la comunicació i a les capacitats cognitives i/o intel·lectuals, sobretot en persones adultes que pateixen malalties neurodegeneratives i/o dany cerebral adquirit, trastorns que tenen una incidència major en persones adultes. El nivell de significació entre el tipus de població i la

utilització del consentiment informat va ser $p=0'075$, per tant s'interpreta que l'obtenció del consentiment informat en tots els grups d'edat té una distribució semblant i que no hi ha diferències per aquest motiu. Tot i això, el valor obtingut és força aproximat al que donaria més alt nivell de confiança (0'05), per la qual cosa tal vegada caldria un estudi més exhaustiu per esbrinar en quines franges d'edat i en quins casos s'aplicava i/o s'obviava l'obtenció del consentiment informat i de quina manera (personalment o per representació) i si s'estava vulnerant o respectant la *Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*, de 2002, fets que no eren objectius d'aquest estudi i dels quals no se'n va tenir constància.

Una altra relació que es va voler observar va ser la utilització del consentiment informat escrit amb les tècniques que deien aplicar els logopedes ($p \text{ valor}=0'778$), però es va veure que hi havia una distribució semblant entre grups, amb la qual cosa es podria interpretar que independentment de la tècniques que empremsin els logopedes, hi havia obtenció de consentiment informat escrit, i també en el grup d'aquelles persones que no aplicaven cap de les tècniques que s'anomenaven en la pregunta (embenatge neuromuscular, estimulació manual, electroestimulació i estimulació transcranial no invasiva). Avui dia, una part de les persones professionals de la logopèdia participen cada vegada més en procediments més invasius, utilitzen tècniques i compilen informació de vídeo o àudio que podrien ser susceptibles d'aplicar-se mitjançant l'obtenció d'un consentiment que culminés en l'obtenció del CI escrit per tal de no vulnerar la *Ley Orgànica de Protección de Datos Personales y Garantía de los derechos digitales*, de 2018, a més a més de la llei d'autonomia del pacient abans esmentada. En aquest estudi no es va aprofundir en investigar si es violava o respectava aquesta llei i tampoc no es va tenir cap constància de cap vulneració.

Quan es va preguntar en el present treball sobre com definien els i les logopedes de la mostra els pacients que rebutjaven un tractament, hi va haver poques respostes perquè només 4 logopedes (13'3%) afirmaven haver-se trobat amb un pacient que havia desistit de rebre el tractament proposat. Malgrat tot, cap d'aquests professionals va qualificar el pacient de "no col·laborador". Aquests resultats contrasten amb els de les britàniques Askren i Leslie (2019), les quals esmenten que molts pacients han d'enfrontar-se a la presa de decisions sobre el seu tractament i que molts refusen rebre'l, essent etiquetats aquests com a pacients "no col·laboradors" i no respectant així l'autonomia del pacient per a decidir sobre sí mateix i tampoc no respectant el dret a rebutjar un tractament. Aquestes mateixes autores també asseguren que en el seu estudi molts professionals confessen que no se senten còmodes a l'hora d'obtenir un consentiment informat, sobretot si és per escrit i que, sovint, aquest és usat com una pràctica defensiva, en coincidència amb Horner, Modayil, Roche i Dinh (2016), les quals es referien al CI usat pels logopedes sovint com a exempció de responsabilitat. En el present treball, de les 23 persones que lliuraven habitualment document de consentiment informat escrit (76'7%), cap d'aquestes va assenyalar incomoditat o

molta incomoditat en aquest procés i les respostes es varen repartir entre “ni comoditat ni incomoditat” (9 persones, el 30%), “comoditat” (6 persones, el 20%) i “molta comoditat” (8 persones, el 26,7%), tot i que 8 persones de la mostra varen atorgar al CI un caràcter legal relacionant-lo amb protecció davant possibles denúncies, mostrant així un desconeixement sobre la naturalesa del CI.

En **conclusió**, en les persones enquestades, totes col·legiades al CLIB, no s’aprecien diferències en el coneixement que tenen sobre el CI, la seva obtenció i el seu ús en funció de la seva procedència acadèmica, el fet d’haver cursat o no una assignatura, o dins d’una assignatura ètica, bioètica, legislació i/o deontologia, els anys d’experiència laboral, les tècniques que empren i/o la població a la qual atenen. Tampoc no es varen observar diferències segons els processos de presa de decisions i el coneixement i ús del CI escrit. S’ha de destacar que no ha quedat demostrat quin coneixement tenen els i les logopedes de la mostra sobre el CI, per l’escassa relació que s’ha trobat entre les preguntes 17 i 31, ambdues semblants i encaminades a conèixer què entenien els i les logopedes enquestats per consentiment informat, amb la qual cosa aquesta manca de relació podria portar a suposar que entre els i les professionals enquestats aquell coneixement era escàs. Igualment, en l’obtenció del consentiment informat escrit només 3 persones afirmaren oferir alternatives als tractaments proposats i, per tant, això indicaria desconeixement de la naturalesa i ús del CI. No obstant això, cap de les persones que deia obtenir un CI per escrit va sentir incomoditat en lliurar el document per ser signat pel pacient, contrastant aquest resultat amb l’estudi britànic citat. Acadèmicament, es va constatar la variabilitat en la inclusió o no de assignatures relacionades amb l’ètica, la bioètica, la legislació i la deontologia en els diversos estudis de procedència dels i de les logopedes i una manca de formació en aquest aspecte en la meitat de la mostra.

El present treball presenta **limitacions** atesos els recursos metodològics, materials i temporals que es poden disposar per a l’elaboració d’un treball final de grau (TFG) enfocat cap a la investigació i, per tant, també es donen limitacions en els resultats.

Respecte a les **limitacions metodològiques**, en primer lloc, el tipus de mostratge va ser intencional, amb la qual cosa la mostra triada podria no ser representativa de la població diana, els logopedes col·legiats i col·legiades de les Illes Balears, i només arribar a representar al col·lectiu de persones que hi va participar. D’altra banda, quant a **limitacions metodològiques i materials**, el fet de triar un disseny d’enquesta va obligar a l’elaboració d’un formulari *ad hoc*, atès que no es va tenir constància de l’existència de cap altre de semblant validat que es pogués aplicar en aquest estudi. L’esmentat formulari, a més a més, no va tenir un procés per a conèixer la seva validesa de constructe ni la seva validesa interna i/o externa, el que hagués suposat una extensió temporal en la investigació i l’aportació d’uns recursos de tota mena extraordinaris. En funció de tot això, els

resultats obtinguts podrien estar esbiaixats en alguns aspectes relacionats amb presa de decisions, el coneixement i l'obtenció del CI.

En un altre sentit, una altra limitació metodològica que també vindria determinada pel tipus de disseny, seria el fet que algunes de les variables que es volien estudiar a través de les preguntes del formulari, com són aquelles que pretenien esbrinar quina concepció tenien els i les logopedes de les Illes sobre l'obtenció del consentiment informat escrit -que eren caselles de selecció i es podia triar més d'una resposta- i quina era la resposta que consideraven adient sobre el consentiment informat escrit -que era una resposta única d'opció múltiple-, eren susceptibles de generar una resposta induïda, que podia no reflectir el vertader coneixement dels i de les logopedes sobre la concepció i l'obtenció del CI. Igualment hi podia haver una altra resposta induïda en la pregunta sobre el procés de presa de decisions, ja que també s'oferien diverses alternatives i se n'havia de triar una, malgrat que hi havia l'opció "altres", que a penes es va completar. És a dir, en aquestes preguntes algunes persones podrien haver marcat una resposta que haguessin considerat encertada en aquell moment segons el que llegien, però pot ser si s'hagués tractat d'una pregunta oberta, tal vegada no haguessin respost de la mateixa manera, perquè haguessin hagut d'exposar els seus veritables coneixements sobre el que se'ls demanava. En aquest sentit, per arribar a saber quin coneixement tenien del CI i la seva obtenció per escrit, així com tot el procés de presa de decisions entre pacient i logopeda, eventualment hagués calgut un altre tipus de disseny d'aproximació qualitativa amb l'objectiu de generar una explicació teòrica, el qual podia haver estat una *anàlisi temàtica*.

Quant a la **limitació temporal**, cal esmentar que el temps de realització del treball no venia determinat i programat per la persona que el realitzà, sinó pel temps que marcava el semestre acadèmic, amb la qual cosa la cerca de recursos, l'elaboració d'instruments de mesura, la cerca de la mostra, l'obtenció dels resultats i la interpretació i discussió d'aquests podien haver-se vist esbiaixats per haver hagut de simplificar totes les fases del procés i adaptar-les al tipus d'estudi que es pretenia portar a terme, independentment de la seva naturalesa i dels objectius del mateix. D'altra banda, la limitació temporal també va obligar a reduir l'apartat de resultats i la discussió d'aquests, atès que amb un millor instrument de mesura i més temps es podrien haver obtingut millors resultats i de més tipus sobre relacions entre les variables que es volien estudiar i d'altres.

Respecte a les **limitacions en els resultats** obtinguts amb la utilització de la prova de mesures no paramètriques de Kruskal-Wallis pel que fa a les relacions que es pretenien observar entre diverses variables, caldria una millor interpretació estadística dels resultats obtinguts i una explicació molt més extensa dels detalls que aporta l'esmentada prova, tot i que aquest anàlisi excedeix de les exigències per a l'elaboració d'un TFG.

En funció de tot el que s'ha exposat, com a **línies futures d'investigació**, es proposaria la creació d'un qüestionari validat que pogués esbrinar millor quin coneixement tenen i quin ús fan del CI els logopedes, amb prou validesa externa, per tant, seleccionant una mostra aleatoritzada i suficient entre tota la població diana i de la qual es poguessin obtenir les dades sense condicionants externs que esbiaixessin els futurs resultats. Igualment, el qüestionari hauria de tenir validesa de constructe, assegurant que mesura allò que realment es vol mesurar. Finalment, caldria que, un cop assolit el grau òptim de validesa interna i de constructe, la recerca tingués prou validesa externa i pogués ser generalitzable a tota la població de logopedes de l'Estat espanyol. D'altra banda, caldria estudiar profundament si el disseny d'enquesta seria el més adequat o caldria una aproximació qualitativa en forma d'*anàlisi temàtica* per poder arribar a una explicació teòrica sobre el coneixement del CI, la seva obtenció i el procés de presa de decisions previ entre pacient i logopeda que porten a terme aquests i aquestes professionals de les Illes Balears i la seva relació amb la seva procedència acadèmica.

Una altra línia d'investigació que podria obrir aquest estudi estaria relacionada amb l'obtenció del CI per representació en logopèdia, en quines franges d'edat i en quins casos s'aplica i/o s'obvia l'obtenció d'aquest, a més a més d'esbrinar si per part dels i de les professionals de la logopèdia s'està respectant la *Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*, de 2002, i la *Ley Orgánica de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales*, de 2018 .

Agraïments

A Cristian, qui em va donar amor, companyia, suport i ànims en tot moment. I ara ho continua fent des d'una alta dimensió.

A Marta, per ser i estar.

A la Dra. Núria Oriol, amb agraïment i admiració, per haver volgut participar, triar-me i guiar-me.

Referències bibliogràfiques

- Askren, A. i Leslie, P. (2019). Complexity of Clinical Decision Making: Consent, Capacity, and Ethics. *Seminars in Speech and Language*, 40(03), 162-169. ISSN 0734-0478.
- Broggi MA. ¿Consentimiento informado o desinformado? El peligro de la medicina defensiva. *Med Clin (Barc)* 1999;112:95-6. ID 42596
- Comitè de Bioètica de Catalunya (2003). Guia de recomanacions sobre el consentiment informat. Barcelona: Direcció General de Recursos Sanitaris. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social.
- CPLOL (2018). A Framework for Ethical Practice in Speech and Language Therapy. <https://cplol.eu/documents/official-documents/ethical-practice/1191-ethical-framework-eng-2018/file.html>
- Corcoy, M. i Gallego, J.I. (2010). *Consentimiento por representación*. Cuaderno 22. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas
- Esquerda, M., Pifarré, J. i Miguel, E (2013). La capacidad de decisión en el menor. Aspectos particulares de la información en el niño y en el joven. *An Pediatr Contin*. 11(4), 204-11
- Higuera Cancino, M. (2009). Consentimiento informado e intervención fonoaudiológica. *Límite. Revista de Filosofía y Psicología*. 25, 453-469.
- Horner, J., Modayil, M., Roche Chapman, L. i Dinh, A. (2016). Consent, Refusal, and Waivers in Patient-Centered Dysphagia Care: Using Law, Ethics, and Evidence to Guide Clinical Practice. *American Journal of Speech-Language Pathology*. Vol 25.
- Instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997. Boletín oficial del Estado, núm 251 § 20638 (1999, octubre 20). Recuperat de <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOEA-1999-20638>
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín oficial del Estado, núm. 274 § 22188 (2002, noviembre 15). Recuperat de <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41/con>
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Boletín oficial del Estado, núm. 294 § 16673 (2018, diciembre 6). Recuperat de <https://www.boe.es/eli/es/lo/2018/12/05/3>

Llei 21/2000 de 29 de desembre, sobre els drets a la informació concernents a la salut i l'autonomia del pacient, i a la documentació clínica. DOGC núm. 3303 (11 gener 2001): 464-467.

Matías-Guiu, J. i Gelonch, O. (2021). *Envel·liment i demències*. Barcelona: FUOB.

Oriol, N. (2018). *Bioètica en la presa de decisions: adaptacions dietètiques en la disfàgia* [Tesi de doctorat, Universitat de Barcelona]. Tesis Doctorals en Xarxa (TDX.cat)

Payne, K. (2011). Ethics of Disability: Foundation of the Profession of Speech-Language Pathology. *Seminars in Speech and Language*. 32(4), 279-88. Doi: 10.1055/s-0031-1292753. ISSN: 0734-0478 Online ISSN: 1098-9056

Simón Lorda, P. i Concheiro Carro, L. (1993). El consentimiento informado: teoría y práctica (I). *Med Clin*, 100(17), 659-653.

Unión Profesional. La deontología como norma que dicta la conducta de los profesionales. Recuperat de: <http://www.unionprofesional.com/la-deontologia-profesional-como-norma-que-dicta-la-conducta-de-los-profesionales/#:~:text=La%20deontolog%C3%ADa%20profesional%20obliga%2C%20compromete,y%20did%C3%A1ctico%20del%20ejercicio%20profesional.>

Unión Profesional (2017). La función deontológica de las organizaciones colegiales y su impacto económico y social Garantía de los derechos de los consumidores y usuarios. http://www.unionprofesional.com/manuales/cuadernillo_deontologia_profesional.pdf

Wodgen, F., Norman, A. i Dibben, L. (2019). Treatment Choice in Adolescents With Cleft Lip and/or Palate: The importance of Shared Decision-Making. *Cleft Palate Craniofac J*. 56(9):1220-1229. doi: 10.1177/1055665619848256.

Annexos

Annex 1

FORMULARI DE RECOLLIDA DE DADES SOBRE EL CONEIXEMENT I ÚS DEL CONSENTIMENT INFORMAT PER PART DELS LOGOPEDES DE LES ILLES BALEARS

INTRODUCCIÓ

Moltes gràcies per la teva participació!

Aquesta és una enquesta anònima que no recopila dades personals de cap de les persones participants. A la rebuda de les vostres respostes, no hi ha cap dada que us identifiqui.

La finalitat de l'enquesta és acadèmica i investigadora. Es tracta d'estudiar el coneixement i l'ús del consentiment informat en logopèdia.

Consta de 32 preguntes, no totes obligatòries, distribuïdes en 3 seccions. Les respostes que doneu no són ni bones ni dolentes, ni encertades o desencertades, atès que l'estudi se centra en el coneixement i ús d'una eina professional.

El temps per emplenar aquesta enquesta és mínim de 7 minuts i màxim de 10 .

Un cop acabada cada secció, heu de seleccionar "següent".

Acabat d'emplenar el formulari, heu de clicar en "enviar"

Molt agraïda, de nou, per atorgar-me part del vostre temps.

DADES PERSONALS I PROCEDÈNCIA ACADÈMICA

1. Edat (escriuiu un nombre): _____ **obligatòria (text breu)**

2. Gènere: **obligatòria (opció múltiple)**
 - a. Home
 - b. Dona
 - c. Altre

3. Illa on treballeu **obligatòria (opció múltiple)**
 - a. Mallorca
 - b. Menorca
 - c. Eivissa
 - d. Formentera

4. Anys d'experiència com a logopeda **obligatòria (opció múltiple)**

- a. Menys de 5
 - b. Entre 5 i 10 anys
 - c. Entre 11 i 15 anys
 - d. Entre 15 i 20 anys
 - e. Més de 20 anys
5. Procedència acadèmica **obligatòria (opció múltiple)**
- a. Logopeda habilitat o habilitada
 - b. Diplomatura en logopèdia
 - c. Grau en logopèdia
 - d. Títol estranger homologat de països de la UE
 - e. Títol estranger homologat de països de fora de la UE
 - f. Altres
6. Estudis universitaris previs o posteriors (digueu el títol de la vostra llicenciatura, diplomatura o similar): **(text breu)** _____
7. Heu cursat estudis de màster o postgrau? **Obligatòria (opció múltiple)**
- a. Sí
 - b. No
8. Teniu el títol de Doctor o doctora? **Obligatòria (opció múltiple)**
- a. Sí
 - b. No
 - c. Actualment, cursant.
9. Heu cursat alguna assignatura relacionada amb bioètica, legislació i/o deontologia? Marqueu-ne tantes com calguin **obligatòria (opció múltiple)**
- a. Sí, en una assignatura exclusiva d'aquesta temàtica en els estudis de logopèdia
 - b. Sí, dins d'una altra assignatura en els estudis de logopèdia.
 - c. Sí, dins uns altres estudis universitaris de llicenciatura, diplomatura o grau que no són de logopèdia.
 - d. Sí, dins d'unes altres accions formatives.
 - e. Sí, dins de la meva formació de postgrau o màster
 - f. Sí, dins de la meva formació de doctorat.
 - g. Sí, en una formació exclusiva sobre bioètica de tipus expert, postgrau o màster.

- h. Sí, en una formació exclusiva sobre bioètica de menor durada que expert, postgrau o màster.
 - i. No he cursat cap assignatura ni he rebut formació al respecte.
 - j. Altres
10. A través de quin mitjà heu tingut coneixement sobre l'obtenció del consentiment informat dels vostres pacients (marqueu tantes com calguin): **obligatòria (opció múltiple)**
- a. Dins d'una assignatura en els estudis de logopèdia
 - b. Dins d'una assignatura en altres estudis que no són de logopèdia.
 - c. En literatura i articles especialitzats al respecte un cop finalitzats els estudis de logopèdia.
 - d. En formació postgraduada relacionada amb la logopèdia (postgrau, màster, expert, o similar)
 - e. En formació postgraduada relacionada amb la bioètica (postgrau, màster, expert, o similar)
 - f. En pàgines web especialitzades en bioètica, deontologia i legislació
 - g. Altres formes de coneixement
 - h. No en tinc coneixement.
 - i. Altres

ACTUACIÓ PROFESSIONAL

11. Població que tracteu (marqueu-ne tantes com calguin) **obligatòria (caselles de selecció)**
- a. Nadons
 - b. Infantil
 - c. juvenil
 - d. Persones adultes menors de 65 anys
 - e. Persones adultes majors de 65 anys
 - f. Totes les edats
 - g. Faig docència i investigació. No aplico tractaments a cap població.
 - h. Altres
12. És possible que treballeu en més d'un lloc. Indiqueu només el tipus de lloc de feina que considereu com el principal. **Obligatòria (opció múltiple desplegable)**
- a. Centre sanitari privat
 - b. Centre sanitari públic
 - c. Centre sanitari concertat

- d. Centre sociosanitari privat
- e. Centre sociosanitari públic
- f. Centre sociosanitari concertat
- g. Centre d'atenció primerenca o precoç públic
- h. Centre d'atenció primerenca o precoç privat
- i. Centre d'atenció primerenca o precoç concertat
- j. Centre dependent d'afers socials públic
- k. Centre dependent d'afers socials concertat
- l. Centre educatiu d'educació infantil, primària i/o secundària privat
- m. Centre educatiu d'educació infantil, primària i/o secundària públic
- n. Centre educatiu d'educació infantil, primària i/o secundària concertat
- o. Centre d'educació especial privat
- p. Centre d'educació especial públic
- q. Centre d'educació especial concertat
- r. Universitat
- s. ONG
- t. Fundació.
- u. Associació.
- v. Altres

13. Tipus de contracte del que considereu el vostre lloc de feina principal. **Obligatòria (opció múltiple)**

- a. Per compte d'altri: amb contracte a jornada completa
- b. Per compte d'altri: amb contracte a mitja jornada
- c. Per compte d'altri: amb contracte per hores
- d. Per compte propi: autònom
- e. Altres situacions laborals

14. Tipus de feina: **obligatòria (opció múltiple)**

- a. Logopeda
- b. Docent especialista (MALL o PT)
- c. Investigació i docència universitària
- d. Altres

15. Àmbit, trastorns o patologies que tracteu i/o investigueu (marqueu-ne tantes com calguin) **obligatòria (caselles de selecció)**
- a. De la parla i el llenguatge (parlat, llegit, escrit)
 - b. De l'audició
 - c. De la veu
 - d. Motricitat orofacial
 - e. Funcions orals no verbals (succió, masticació, deglució, respiració)
 - f. Faig docència i investigació. No aplico tractaments en trastorns o patologies.
 - g. Altres
16. Tècniques que apliqueu (marqueu-ne tantes com calguin) **obligatòria (caselles de selecció)**
- a. Taping, Neurotaping o Kinesiotaping
 - b. Electroestimulació
 - c. Estimulació transcranial
 - d. Estimulació manual
 - e. Cap d'aquestes
 - f. Altres

CONSENTIMENT INFORMAT

17. Segons la vostra formació i/o coneixement sobre el consentiment informat, quina concepció teniu sobre l'obtenció del consentiment informat escrit (marqueu tantes opcions com considereu) **obligatòria (caselles de selecció)**
- a. És el document mínim legal requerit abans del tractament que el pacient signa després de rebre la informació necessària sobre aquell.
 - b. És la constància de què s'ha produït el consentiment informat i és l'últim esglaó del procés.
 - c. És el document que resum el procés deliberatiu i de transmissió d'informació entre professional i persona usuària envers un tractament. És el mínim legal i desitjable èticament.
 - d. És aquell document legítim que manifesta la autonomia del pacient, el protegeix i assegura que ha rebut la informació adequada, de manera que consent o no voluntàriament el tractament pactat amb la persona professional.
 - e. És aquell document legal que signa el pacient obligatòriament i que protegeix de possibles denúncies cap a la persona professional.
18. Quin tipus de consentiment useu més sovint: **obligatòria (opció múltiple)**
- a. Oral

- b. Escrit
 - c. Oral i escrit, segons per què
 - d. Oral i escrit, segons el temps del qual dispo.
 - e. Sempre oral abans d'escrit. Considero el segon com una extensió del primer.
 - f. No uso consentiment informat.
 - g. Altres
19. Procedència del model de CI escrit que feu servir, cas d'usar-lo: **(opció múltiple)**
- a. Elaboració pròpia, sempre el mateix.
 - b. Elaboració pròpia, resum del que s'ha acordat amb la persona usuària prèviament.
 - c. Model d'un col·legi professional.
 - d. Model d'internet, a blogs i/o pàgines web de logopèdia
 - e. Model d'internet, a blogs i/o pàgines web d'altres ciències de la salut
 - f. Model facilitat en alguna assignatura dels estudis de logopèdia o formació superior sobre aplicació del consentiment informat.
 - g. Altres
20. Utilització del consentiment informat escrit: **obligatòria (opció múltiple)**
- a. Sovint, en alguns tipus de tractaments que aplico i/o algunes actuacions, perquè legalment i ètica és necessari.
 - b. Ocasionalment, per a alguns tractaments que aplico i/o algunes actuacions per a les quals pot ser necessari.
 - c. Mai, en els tractaments que aplico no cal obtenir un consentiment informat signat.
 - d. Mai, no aplico tractaments i no faig activitats que requereixin de l'obtenció d'un consentiment informat signat.
 - e. altres
21. Com és el procés de presa de decisions entre el pacient i tu? **(opció múltiple)**
- a. El pacient i jo acordem l'aplicació del tractament a través de la deliberació, després de la informació proporcionada i el primer després signa si consent o no l'aplicació del tractament.
 - b. Jo proposo i explico el tractament i el pacient és lliure de signar el consentiment escrit o no.
 - c. Considero que el pacient ha de seguir les meves indicacions pel seu propi bé, atès que jo som la persona especialitzada en el seu trastorn i ha de seguir el tractament que li proposo.

- d. És necessari que el pacient signi el consentiment del tractament que li proposo. Si no signa el consentiment, em nego a seguir tractant-lo.
 - e. Altres
22. Cas d'haver contestat abans a la pregunta 20, sobre la utilització del consentiment informat, *a. Sovint* o *b. Ocasionalment*, quant temps dediqueu a l'obtenció del consentiment informat oral i escrit? (opció múltiple)
- a. Al començament d'una sessió. El pacient signa el document escrit en la meua presència després d'una breu explicació oral del tractament i abans d'aplicar-lo.
 - b. Tota una sessió, després d'una explicació oral del tractament, abans d'aplicar-lo. El pacient així rep tota la informació i amb la signatura del document ja està convençut per rebre el tractament a partir de la sessió següent.
 - c. Les sessions que siguin necessàries per tal d'assegurar que el pacient signa el document escrit amb tota la informació compresa, de manera voluntària, com a culminació d'un procés de comunicació i deliberatiu entre la persona professional i la persona usuària dels nostres serveis.
 - d. El pacient llegeix i emplena sol el document un cop acabada una sessió amb una explicació oral prèvia, abans d'aplicar el tractament, i després el lliura a la persona professional abans d'abandonar el centre.
 - e. El pacient llegeix i l'emplena sol el document a la sala d'espera abans de començar la sessió sense explicació oral, abans d'aplicar el tractament, i el lliura al professional un cop entra a la sessió.
 - f. En qualsevol moment durant el tractament, quan el pacient tingui dubtes.
 - g. Altres
23. En quines condicions utilitzeu el consentiment informat escrit (marqueu-ne tantes com calguin) **obligatòria (caselles de selecció)**
- a. Per aplicació de tècniques i/o tractaments.
 - b. Per captació d'imatges (fotografies, vídeo)
 - c. Per captació d'àudio (veu)
 - d. Per difusió en xarxes socials, blogs professionals i/o altres eines de difusió a internet.
 - e. Per investigació i recerca
 - f. Per tractament de dades
 - g. Per telepràctica
 - h. Per transmissió d'informació a altres professionals.
 - i. No faig signar mai document de consentiment informat escrit
 - j. Altres

24. Cas d'haver contestat abans a la pregunta 22 a. *Per aplicació de tècniques i/o tractaments*, el vostre model de consentiment escrit el feu servir per a un tractament, contempla alternatives a aquest tractament proposat? (opció múltiple)
- Sí
 - No
25. Us heu trobat amb algun pacient que hagi signat l'opció que contempla el desistiment de rebre el tractament proposat per vosaltres en el consentiment informat escrit? **Obligatòria** (opció múltiple)
- Sí
 - No
 - Mai no he lliurat un document de consentiment informat escrit.
26. Només si heu respost a. *Sí* a la pregunta 24, com heu definit en el seu historial clínic aquest desistiment? (opció múltiple)
- No col·labora (o pacient no col·laborador)
 - Desisteix de rebre el tractament
 - No he fet cap definició al respecte
 - Altres
27. Us heu trobat amb un pacient que no hagi volgut signar un document de consentiment informat escrit (ni per rebre o no rebre el tractament proposat)? **Obligatòria** (opció múltiple)
- Sí
 - No
 - Mai no he donat un document de consentiment informat escrit
28. Només si heu respost a. *Sí* a la pregunta 26, com heu definit aquesta negativa a signar? (opció múltiple)
- No col·labora (o pacient no col·laborador)
 - Refusa el seu dret a prendre una decisió amb autonomia
 - Desisteix de rebre el tractament
 - No he fet cap definició al respecte
 - Altres.
29. Com us sentiu a l'hora d'explicar i lliurar un document de consentiment informat escrit a un pacient que ha de signar-lo? **Obligatòria** (opció múltiple)
- M'incomoda molt

- b. M'incomoda
- c. Ni m'incomoda ni sento comoditat
- d. Sento comoditat
- e. Sento molta comoditat
- f. De cap manera, perquè no en lliuro.

30. Cas que us resulti incòmode o molt incòmode el fet de lliurar un document escrit de consentiment per rebre o no rebre un tractament proposat, exposeu una raó: **(text breu)**

31. Marqueu una resposta del que considereu més adient sobre el consentiment informat escrit: **obligatòria (opció múltiple)**

- a. És una eina legal que protegeix el logopeda davant les eventuais denúncies dels pacients, atesa l'autonomia d'aquests, ja que els i les logopedes participen cada vegada més en processos i tractaments més invasius.
- b. És una eina legal per a facilitar informació al pacient sobre el seu tractament.
- c. És una eina legal, ètica i legítima que promou l'autonomia del pacient per a la presa de decisions compartides entre logopeda i pacient, després que el primer hagi rebut la informació necessària, comprensible i adient.
- d. És una eina ètica sense valor legal que no pot evitar una denúncia per part d'un pacient, encara que aquest hagi rebut la informació necessària i suficient, atesa l'autonomia del pacient per decidir.

32. Si considereu que cap de les respostes anteriors s'ajusta al que enteneu per consentiment informat escrit, escriviu la vostra opció: **(text breu)**
